TEMA 73

LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL. RIESGO PROTEGIDO: LA ENFERMEDAD, MATERNIDAD Y ACCIDENTE. PRESTACIONES INCLUIDAS Y EXCLUIDAS. MODALIDADES DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS. LA PROTECCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA. PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN EL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS.

Contenido

1. LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE LA SEGURIDAD SOCIAL 3

1.1 Regulación 3

1.2 El Derecho a la Asistencia Sanitaria 5

1.2.1 Asegurados (artículo 3 Ley 16/2003 y artículo 2 RD 1192/2012) 6

1.2.2 Beneficiarios (artículo 3.4 Ley 16/2003 y artículo 3 RD 1192/2012) 7

1.2.3 Colectivos Especiales 8

1.2.4 Convenio Especial de Prestación de Asistencia Sanitaria (artículo 3.5 Ley 16/2003 y disposición adicional tercera RD 1192/2012) 11

1.2.5 Dinámica del Derecho 12

1.2.6 Obligaciones de los Beneficiarios 14

1.2.7 Libre Elección de Médico 14

2. RIESGO PROTEGIDO: ENFERMEDAD, MATERNIDAD Y ACCIDENTE 15

3. PRESTACIONES INCLUIDAS Y EXCLUIDAS 16

3.1 Prestaciones Incluidas 16

3.2 Prestaciones Excluidas 18

4. MODALIDADES DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS 21

4.1 Prestaciones de Salud Pública 21

4.2 Atención Primaria 22
4.3 Atención Especializada 23
4.4 Atención de Urgencia 23
4.5 Prestaciones Farmacéuticas 24
4.6 Prestación Ortoprotésica 24
4.7 Prestación de Productos Dietéticos 25
4.8 Prestación de Transporte Sanitario 25
5. LA PROTECCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES 26
6. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA 27
7. PARTICIPACIÓN DEL BENEFICIARIO EN EL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS 28
RESUMEN DEL TEMA 73 ..... *30*

TEMA 73

LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE SEGURIDAD SOCIAL. RIESGO PROTEGIDO: ENFERMEDAD, MATERNIDAD Y ACCIDENTE. PRESTACIONES INCLUIDAS Y EXCLUIDAS. MODALIDADES DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS. LA PROTECCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA. PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN EL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS.

1. LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL SISTEMA ESPAÑOL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1.1 Regulación

- El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud, estableciendo que:
    - Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
    - Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.
- El artículo 98 de la Ley General de la Seguridad Social, de 30 de mayo de 1974 –que quedó vigente después de la reforma del Texto Refundido de 20 de junio de1994-, establece que "la asistencia sanitaria del Régimen General de la Seguridad Social tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios, así como su aptitud para el trabajo. Proporcionará también los servicios convenientes para completar las prestaciones médicas y farmacéuticas y, de un modo especial, atenderá a la rehabilitación física precisa para la recuperación profesional de los trabajadores".
- A nivel organizativo, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, crea el Sistema Nacional de Salud, integrado por los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autónomas, que, a su vez, se estructuran en Áreas de Salud, demarcaciones por cada 200.000 habitantes como mínimo, y 250.000 como máximo. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área de Salud.
    - La asistencia sanitaria que se presta a través del Sistema Nacional de Salud reviste dos modalidades: la atención primaria de salud y la asistencia sanitaria especializada.

- Para satisfacer las exigencias de la atención primaria, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud. La Zona Básica de Salud es el marco territorial de la atención primaria donde desarrollan las actividades los Centros de Salud, en los que se presta la atención primaria integral, permanente y coordinada.
- La atención especializada se realiza en los hospitales y centros de especialidades funcionalmente dependientes de aquéllos, dentro del Área de Salud correspondiente a cada usuario. Cada Área de Salud está vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general.

- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud:
  - **Equidad**, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.
  - **Calidad**, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.
  - Y, por último, **participación** ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

  En definitiva, la Ley busca la colaboración de las Administraciones públicas sanitarias con la finalidad de mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. La equidad, la calidad y la participación como objetivos comunes, las actuaciones en los diferentes ámbitos y los instrumentos para llevarlas a cabo constituyen el núcleo básico del Sistema Nacional de Salud y lo que proporciona unos derechos comunes a todos los ciudadanos.
- El Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, que regula la tarjeta sanitaria individual, mediante la que se acredita el derecho a la asistencia sanitaria pública. La tarjeta sanitaria individual emitida por las Administraciones sanitarias competentes es válida en todo el Sistema Nacional de Salud y permite el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos en la legislación vigente.
- El Real Decreto1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general, actuaciones desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas.

- El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, establece medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- El Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a los fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
- El Real Decreto-Ley 1/2015, de 24 de julio, aprueba el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

1.2 El Derecho a la Asistencia Sanitaria

El reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina.

El reconocimiento de oficio de la condición de persona asegurada se efectuará de forma automática, entre otros supuestos, en el caso de trabajadores, pensionistas/perceptores de prestaciones periódicas y desempleados.

Cuando no proceda el reconocimiento de oficio, se realizará a solicitud del interesado y la entidad competente dictará resolución expresa y notificará en el plazo de 30 días, contados desde el día siguiente a la recepción de la solicitud, el reconocimiento o la denegación. Transcurrido dicho plazo sin que se haya dictado y notificado resolución expresa, la solicitud se entenderá desestimada.

Una vez reconocida la condición de persona asegurada o beneficiaria, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

Tarjeta sanitaria individual

La Ley 16/2003 establece que la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud se facilitará a través de la tarjeta sanitaria individual como documento administrativo que acredita determinados datos de su titular. Se regula en el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero.

La tarjeta se emite por las Administraciones sanitarias autonómicas o el INGESA (comunidades autónomas de Ceuta y Melilla) para las personas residentes en sus respectivos ámbitos territoriales que tengan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública. Será válida en todo el Sistema Nacional de Salud y permitirá acceder a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos por la legislación vigente.

Sin perjuicio de su gestión en el ámbito territorial respectivo por cada comunidad autónoma y de la gestión unitaria que corresponda a otras Administraciones públicas en razón de determinados colectivos, las tarjetas incluirán, de manera normalizada, los datos básicos de identificación del titular de la tarjeta, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria

1.2.1 Asegurados (artículo 3 Ley 16/2003 y artículo 2 RD 1192/2012)

La asistencia sanitaria en España, con cargo a los fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantiza a quienes tengan la condición de asegurados. Son asegurados quienes se encuentren en alguno de estos supuestos:

- Ser trabajador por cuenta ajena o propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
- Ser pensionista del sistema de la Seguridad Social
- Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
- Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza, encontrarse en situación de desempleo, no acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título y residir en España.

  A estos solos efectos, la realización de trabajos por cuenta ajena o propia, por un período inferior a seis meses, cuando no se acceda a nueva prestación o subsidio por desempleo, no impedirá recuperar la condición de parado que agotó la prestación o el subsidio por desempleo.

Son aseguradas las personas que no se encuentren en los supuestos anteriormente mencionados, ni ostenten la condición de beneficiarios de un asegurado, cuando, no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

1.º Tener nacionalidad española y residir en territorio español.

2.º Ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros.

3.º Ser nacionales de un país distinto de los mencionados en los apartados anteriores, o apátridas, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras ésta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica.

Los menores de edad sujetos a tutela administrativa siempre tendrán la consideración de personas aseguradas, salvo en los casos previstos en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, (extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, véase apartado 3.3. “Extranjeros”).

1.2.2 Beneficiarios (artículo 3.4 Ley 16/2003 y artículo 3 RD 1192/2012)

Tienen la condición de beneficiarios de un asegurado las personas que se encuentren en alguna de estas situaciones:

a) Ser cónyuge de la persona asegurada o convivir con ella con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.

b) Ser ex cónyuge, o estar separado judicialmente, en ambos casos a cargo de la persona asegurada por tener derecho a percibir una pensión compensatoria por parte de ésta.

c) Ser descendiente, o persona asimilada a éste, de la persona asegurada o de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, de su ex cónyuge a cargo o de su pareja de hecho, en ambos casos a cargo del asegurado y menor de 26 años o, en caso de ser mayor de dicha edad, tener una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65%.

   Tienen la condición de *asimilados a descendientes* los menores sujetos a la tutela o al acogimiento legal de un asegurado, de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, o de su pareja de hecho, así como de su ex cónyuge a cargo cuando, en este último caso, la tutela o el acogimiento se hubiesen producido antes del divorcio o de la nulidad matrimonial; las hermanas y los hermanos de la persona asegurada.

   A los efectos previstos en el apartado c), se entenderá que los descendientes y personas a ellos asimiladas se encuentran *a cargo de una persona asegurada* si conviven con la misma y dependen económicamente de ella.

A estos efectos, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

a. Se considerará que los menores de edad no emancipados se encuentran siempre a cargo de la persona asegurada.

b. Se considerará que, en los casos de separación por razón de trabajo, estudios o circunstancias similares, existe convivencia con la persona asegurada.

c. Se considerará que los mayores de edad y los menores emancipados no dependen económicamente de la persona asegurada si tienen unos ingresos anuales que superen el doble de la cuantía del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), también en cómputo anual.

Todas las personas a las que se refieren los apartados anteriores tendrán la consideración de beneficiarias, siempre que cumplan los siguientes requisitos:

a) No tener la condición de personas aseguradas

b) Tener residencia autorizada y efectiva en España, salvo en el caso de personas que se desplacen temporalmente a España y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español, en situación asimilada a la de alta, cotizando en el correspondiente régimen de Seguridad Social español.

Las personas que reúnan los requisitos exigidos para tener la condición de beneficiarias no podrán acceder a la condición de aseguradas por la vía de ingresos inferiores a cien mil euros, mientras sigan reuniendo dichos requisitos.

Cuando una persona pueda ostentar la condición de beneficiaria de dos o más personas aseguradas, solo se podrá reconocer dicha condición por una de ellas, prevaleciendo, en todo caso, la condición de beneficiaria de una persona asegurada del artículo 2.1.a) del Real Decreto 1192/2012 (trabajador por cuenta ajena, pensionista, perceptor de prestaciones periódicas, haber agotado la prestación o subsidio de desempleo y residir en España)

1.2.3 Colectivos Especiales

- Los **afectados del síndrome tóxico** que se encuentren incluidos en el censo de afectados, tienen derecho a la asistencia sanitaria.
- Las **personas perceptoras de rentas de integración social** tienen la condición de asegurados del derecho a la asistencia sanitaria como perceptores de prestaciones.
- A las **personas con discapacidad** en grado igual o superior al 33 por 100 les es de aplicación lo dispuesto en Texto Refundido de Ley General de derechos de las personas con discapacidad, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, (artículo 8) y el Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la citada ley. Tendrán derecho a la asistencia sanitaria por la legislación referida cuando no puedan acceder a esta prestación por otro concepto a excepción del límite de rentas. La competencia para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en este caso corresponde a las comunidades autónomas o al IMSERSO.
- Los **españoles de origen residentes en el exterior que retornen a España así como los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia y los pensionistas españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a nuestro país** tendrán derecho a la asistencia sanitaria, a través del Sistema Nacional de Salud, cuando, de acuerdo con las disposiciones de la legislación de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.

  Los familiares de los españoles de origen retornados que se establezcan con ellos en España, y los de los pensionistas y trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia españoles de origen, residentes en el exterior, que les acompañen en sus desplazamientos temporales a España, tendrán igualmente derecho a la asistencia sanitaria en España, a través del Sistema Nacional de Salud, cuando, de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, estos familiares no tuvieran prevista esta cobertura.

A los efectos indicados, se entenderá que son **familiares con derecho a asistencia sanitaria**:

a) El cónyuge de las personas indicadas en el primer párrafo o quien conviva con ellas con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.

b) Los descendientes de las personas indicadas en el primer párrafo o los de su cónyuge o los de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquellas y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65 por ciento.

El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en todos estos supuestos corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, el cual expedirá el documento acreditativo del derecho. Este derecho se conservará hasta que el beneficiario reúna los requisitos establecidos para obtenerlo de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social.

Los españoles de origen retornados justificarán su condición mediante la presentación de la baja consular en el país de residencia y el certificado de empadronamiento en el municipio donde hayan fijado su residencia en nuestro país.

(Artículo 26 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados, y disposición adicional primera del Real Decreto 1192/2012, en la redacción dada por la Ley 25/2015, de 28 de julio, de mecanismo de segunda oportunidad, reducción de la carga financiera y otras medidas de orden social.)

- Los **religiosos de la Iglesia Católica** (colectivo incluido en el RETA), pueden recibir asistencia sanitaria por dos vías, excluyentes:

  -A través del Sistema Público de Salud, previo reconocimiento del derecho por el INSS como trabajador por cuenta propia.

  -A través de la forma prevista en el concierto de colaboración en la gestión de la asistencia sanitaria que ha podido suscribir el monasterio, provincia, religiosa o congregación, sin participación del Sistema Nacional de Salud. Esta colaboración afecta a todos los religiosos/as del monasterio, provincia religiosa o congregación.

  No es posible el reconocimiento de esta prestación como asegurado por límite de ingresos.

- Los **funcionarios e interinos de la extinguida MUNPAL** pueden recibir la asistencia sanitaria por las siguientes vías, excluyentes:

  -A través del Sistema Público de Salud, previo reconocimiento del derecho por el INSS como trabajador por cuenta ajena.

-A través de la forma prevista en el concierto con entidades privadas que haya suscrito la corporación local o a través de medios propios.

No es posible el reconocimiento de esta prestación como asegurado por límite de ingresos.

- **Otros colectivos integrados en el Régimen General** a efectos de asistencia sanitaria son:
  - ✓ Los mutilados y excombatientes de la zona republicana.
  - ✓ Mutilados de guerra que no puedan integrarse en el cuerpo de caballeros mutilados.
  - ✓ Mutilados civiles de guerra.
  - ✓ El personal que, durante la guerra civil, formó parte de las Fuerzas Armadas, Fuerzas de Orden Público y Cuerpo de Carabineros de la República.
  - ✓ Los beneficiarios de pensiones de viudedad, orfandad y en favor de familiares, causadas por los españoles fallecidos como consecuencia o con ocasión de la guerra civil.
  - ✓ Los titulares de pensiones causadas por actos de terrorismo.

- **Extranjeros.**

La Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, dispone en su artículo 12 que los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria. El artículo **3.ter de la Ley 16/2003** dispone que los **extranjeros no registrados ni autorizados** como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los **extranjeros menores de dieciocho años** recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

En desarrollo de este precepto, la disposición adicional octava del **Real Decreto 1192/2012**, señala:

Los **extranjeros menores de dieciocho años no registrados ni autorizados** como residentes en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria pública por el Sistema Nacional de Salud con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas, siendo el tipo de aportación del usuario para las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que la exijan el correspondiente a los asegurados en activo.

Las **mujeres extranjeras embarazadas no registradas ni autorizadas** como residentes en España tendrán derecho a que el Sistema Nacional de Salud les proporcione la asistencia al embarazo, parto y postparto con la misma extensión reconocida a las personas que ostentan la condición de aseguradas, siendo el tipo de aportación de la usuaria para las prestaciones de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que la exijan el correspondiente a los asegurados en activo

Las **personas solicitantes de protección internacional** cuya permanencia en España haya sido autorizada por este motivo recibirán, mientras permanezcan en esta situación, asistencia sanitaria con la extensión prevista en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud regulada en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo (disposición adicional cuarta del Real Decreto 1192/2012).

Las **víctimas de trata de seres humanos** cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el período de restablecimiento y reflexión recibirán, mientras permanezcan en esta situación, asistencia sanitaria con la extensión prevista en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud regulada en el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, (disposición adicional quinta del Real Decreto 1192/2012).

Las personas con derecho a asistencia sanitaria en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social **o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria**, tendrán acceso a la misma, siempre que residan en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas (disposición adicional segunda.1 del Real Decreto 1192/2012).

En ningún caso tendrán la consideración de extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, los nacionales de la Unión Europea, de Estados parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o Suiza durante una estancia inferior a tres meses (disposición adicional segunda.2 del Real Decreto 1192/2012).

1.2.4 Convenio Especial de Prestación de Asistencia Sanitaria (artículo 3.5 Ley 16/2003 y disposición adicional tercera RD 1192/2012)

Podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial aquellas personas que, no teniendo la condición de aseguradas o beneficiarias, no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título.

El Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, establece **los requisitos básicos** del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud. En concreto, el artículo 3 regula

los requisitos para la suscripción y el mantenimiento del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria, en los siguientes términos:

a) Acreditar la *residencia efectiva en España* durante un período continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud del convenio especial.

b) *Estar empadronadas*, en el momento de presentar la solicitud de suscripción del convenio especial, en algún municipio perteneciente al ámbito territorial al que extienda sus competencias la administración pública competente para su suscripción.

c) *No tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título*, ya sea por aplicación de la normativa nacional, de los reglamentos comunitarios en materia de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que en dicha materia hayan sido suscritos por España con otros países.

El convenio especial permitirá a las personas que lo suscriban acceder a las **prestaciones de la cartera común básica** de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, con las mismas garantías de extensión, continuidad asistencial y cobertura de que disfrutan las personas que ostentan la condición de aseguradas o de beneficiarias.

Las comunidades autónomas podrán, en el ámbito de sus competencias**, incorporar** en el convenio especial otras **prestaciones asistenciales propias de la cartera de servicios complementaria** de la comunidad autónoma.

El convenio especial comenzará a surtir **efectos** el mismo día de su formalización.

La suscripción del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria determinará la obligación de abonar a la administración pública con la que se suscriba el mismo la siguiente **contraprestación económica**:

- Si el suscriptor tiene menos de 65 años: cuota mensual de 60 euros.
- Si el suscriptor tiene 65 o más años: cuota mensual de 157 euros.

Esta cuota mensual podrá ser incrementada por las comunidades autónomas cuando incorporen en el convenio especial otras prestaciones asistenciales de la cartera de servicios complementaria de la comunidad autónoma.

1.2.5 Dinámica del Derecho

El reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina, y, una vez reconocida esa condición, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes.

El artículo 36 del Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por el que se aprueba el Reglamento General sobre inscripción de empresas y afiliación, altas, bajas y variaciones de datos de trabajadores en la Seguridad Social, establece que continuarán comprendidos en el campo de aplicación del Régimen de la Seguridad Social en que estuvieran encuadrados, pero en situación asimilada a la de alta en el mismo, quienes, aun cuando hubieren cesado en la prestación de servicios o en el desarrollo de la actividad determinante del encuadramiento en dicho Régimen, se encuentren diversas situaciones, entre otras, cuando el trabajador es

despedido, e interpone demanda de improcedencia o nulidad, mantiene el derecho a la asistencia sanitaria en tanto se sustancia su demanda.

Asimismo, los trabajadores excedentes por cuidado de familiares o de hijos mantienen el derecho a la asistencia sanitaria.

Durante las situaciones de huelga y cierre patronal los trabajadores permanecen en situación de alta especial en la Seguridad Social. Por tanto, tienen derecho a asistencia sanitaria mientras dure tal situación.

Para el mantenimiento del derecho a las prestaciones sanitarias en las que se exija la **residencia en territorio español**, se entenderá que el beneficiario de dichas prestaciones tiene su residencia habitual en España aun cuando haya tenido estancias en el extranjero, siempre que estas no superen los noventa días naturales a lo largo de cada año natural (artículo 51.3 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre).

Extinción del derecho a la asistencia sanitaria. El artículo 7 del Real Decreto 1192/2012 regula la extinción de la condición de asegurado o de beneficiario en los siguientes términos:

1. La condición de persona asegurada se extinguirá por los siguientes motivos:

   a) Por dejar de cumplir las condiciones establecidas para ser asegurado. En este caso, la condición de persona asegurada se extinguirá el primer día del segundo mes siguiente a aquel en que concurra la causa extintiva, salvo que se trate de la superación del límite de ingresos, en cuyo caso la extinción de la condición de persona asegurada se producirá con efectos del día uno de enero del año siguiente a aquel en que tal hecho se produzca.

   La extinción de la condición de persona asegurada en este supuesto conlleva también la de las personas beneficiarias del mismo.

   b) Por fallecimiento.

2. La condición de beneficiario de una persona asegurada se extinguirá por los siguientes motivos:

   a) Por dejar de cumplir las condiciones establecidas para ser beneficiario.

   No obstante, el hecho de dejar de residir en territorio español no conllevará la pérdida de la condición de persona beneficiaria cuando así lo establezcan las normas internacionales en materia de seguridad social que resulten de aplicación.

   En este caso, la condición de persona beneficiaria se extinguirá el primer día del segundo mes siguiente a aquel en que concurra la causa extintiva.

   b) Por pasar a ostentar la condición de persona asegurada. En este supuesto, la condición de persona beneficiaria se extinguirá el día en que se adquiera la condición de persona asegurada. Si, con posterioridad, se pierde la condición de persona asegurada pero se siguen reuniendo los requisitos previstos para ostentar la condición de persona beneficiaria, el reconocimiento de esta última condición tendrá efectos

desde el día siguiente a aquel en que se extinga la condición de persona asegurada.

c) Por fallecimiento.

1.2.6 Obligaciones de los Beneficiarios

- Los beneficiarios deben observar las prescripciones de los facultativos que les asistan, como dispone el artículo 102 de la LGSS de 1974, pudiendo ser sancionados con la suspensión o pérdida del subsidio de incapacidad temporal o de la prestación por incapacidad permanente que pudiera corresponderles, cuando, sin causa razonable, rechace o abandone el tratamiento.
- La prestación de asistencia sanitaria es sólo la que se ofrece a través de los servicios médicos del Sistema Nacional de Salud, de manera que, como previene el mismo artículo 102, si el beneficiario utiliza servicios médicos distintos a los que le hayan sido asignados, las entidades obligadas a prestar la asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse.

  No obstante, tiene derecho al reembolso de los gastos en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, y siempre que se compruebe que no pudieron utilizarse los servicios de aquél y que no se trata de una utilización desviada o abusiva de esta excepción (artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de la Salud y el procedimiento para su actualización)
- La Ley General de Sanidad establece además que los ciudadanos deberán: cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población; cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones sanitarias y responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones que ofrece el Sistema, especialmente en la utilización de los servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.

1.2.7 Libre Elección de Médico

El trabajador podrá elegir al médico general y pediatra de familia que le interese, dentro del mismo Área de Salud o dentro de su localidad, siempre que ésta supere los 250.000 habitantes y el médico elegido no tenga cubierto el cupo de pacientes asignados.

También podrá elegir médico especialista en determinadas especialidades, tanto en el hospital de referencia de su Área de Salud, como en los centros de especialidades dependientes del mismo, teniendo en cuenta el número de personas asignadas por el Servicio Público de Salud correspondiente a cada especialista.

2. RIESGO PROTEGIDO: ENFERMEDAD, MATERNIDAD Y ACCIDENTE

La contingencia protegida por la prestación de asistencia sanitaria de la Seguridad Social es la falta de salud, que genera a veces una disminución de ingresos (que se protege por medio de las prestaciones económicas de incapacidad temporal e incapacidad permanente), y un incremento de gastos, que trata de paliar la prestación médico-farmacéutica.

El riesgo protegido es, pues, la pérdida de la salud, sin considerar la aptitud laboral del enfermo; no obstante, como ese hecho puede responder a varias etiologías, la Ley mantiene la distinción casual entre riesgos profesionales y comunes.

Así, según el artículo 99 de la LGSS de 1974, las contingencias cubiertas por esta prestación son la enfermedad común o profesional, las lesiones derivadas de accidente, cualquiera que sea su causa, así como el embarazo, el parto y el puerperio.

Las citadas contingencias han sido definidas en el TRLGSS de 2015, en los siguientes términos:

- Accidente de trabajo: Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

  También tienen la consideración de accidentes de trabajo los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo (accidente "*in itinere*").

  Se presume, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

  Sin embargo, se exceptúan de la consideración de accidente de trabajo los accidentes debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, y los debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado. (Artículo 156)

- Accidente no laboral: Se considerará accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el apartado anterior, no tenga el carácter de accidente de trabajo. (Artículo 158.1)

- Enfermedad profesional: Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo del TRLGSS, en la actualidad regulado dicho cuadro por Real Decreto 1299/2006, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. En dichas disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales. Como trámite preceptivo, deberá incluirse el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.(Artículo 157)

- Enfermedad común: Se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en el TRLGSS. (Artículo 158.2)

3. PRESTACIONES INCLUIDAS Y EXCLUIDAS

Según establece la Ley de Seguridad Social de 1974 la asistencia sanitaria se prestará al titular y a los beneficiarios a su cargo (en la actualidad, tras la reforma operada por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, a los asegurados y beneficiarios), con la extensión, duración y condiciones que reglamentariamente se determinen para las distintas contingencias constitutivas del hecho causante.

La asistencia médica comprenderá los servicios de medicina general, especialidades, internamiento quirúrgico y medicina de urgencia, así como los de tratamiento y estancia en centros y establecimientos sanitarios.

3.1 Prestaciones Incluidas

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece el catálogo de prestaciones del Sistema, que tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. Señala esta Ley las prestaciones que comprenderá el Catálogo.

Por su parte, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema y el procedimiento para su actualización. Se entiende por servicios comunes el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias

Los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a la cartera de servicios comunes, siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello, en condiciones de igualdad efectiva, al margen de que se disponga o no de una técnica, tecnología o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan. Los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione.

El acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, incluidas en la cartera de servicios comunes, se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del sistema, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares y de las Ciudades de Ceuta y Melilla.

Las prestaciones se financiarán por las Comunidades Autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el sistema de financiación autonómica vigente, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago.

Los servicios contenidos en la cartera de servicios comunes tienen la consideración de básicos y comunes, entendiendo por tales los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atienda en cada momento.

El Real Decreto 1030/2006 recoge en sus Anexos I al VIII el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de la Salud que aparecen reflejados en el epígrafe de este Tema referido a "Modalidades de las prestaciones sanitarias"

Las **modalidades de la cartera común de servicios** se regulan en los artículos 8 a 8 quinquies de la Ley 16/2003.

La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articulará en torno a las siguientes modalidades:

a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud. Comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

b) Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud. Incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario.

Esta cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluirá las siguientes prestaciones:

- Prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica.
- Prestación con productos dietéticos.

También gozará de esta consideración el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

El porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique mismo límite de cuantía a esta aportación.

c) Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud, Incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

La aportación del usuario o, en su caso, el reembolso, se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como referencia el precio final de facturación que se decida para el Sistema Nacional de Salud.

Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas:

Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, garantizándose a todos los usuarios del mismo.

Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios.

En todo caso, estos servicios complementarios no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Las comunidades autónomas asumirán, con cargo a sus propios presupuestos, todos los costes de aplicación de la cartera de servicios complementaria a las personas que tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo.

3.2 Prestaciones Excluidas

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre establece que no se incluirán en la cartera de servicios comunes:

a) Aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos:

1º Cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada.

2º Que se encuentren en fase de investigación clínica, salvo los autorizados para uso compasivo.

3º Que no guarden relación con enfermedad, accidente o malformación congénita.

4º Que tengan como finalidad meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte o mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales u otras similares.

b) La realización de reconocimientos y exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros.

La exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento incluido en la cartera de servicios comunes se llevará a cabo cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable.

b) Haber perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico o no haber demostrado su utilidad sanitaria.

c) Dejar de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a terceros obligados al pago.

Los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago, por no tener derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializada, la atención primaria, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación en los supuestos siguientes:

a) Asegurados o beneficiarios pertenecientes a MUFACE, MUGEJU o ISFAS que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

b) Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.

c) La prestada en los supuestos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina.

d) La prestada a los pertenecientes a Seguros Obligatorios: seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales; seguro obligatorio de vehículos de motor; seguro obligatorio de viajeros; seguro obligatorio de caza; cualquier otro seguro obligatorio.

e) La prestada a pertenecientes a convenios o conciertos con otros organismos o entidades, de acuerdo con los términos del convenio o concierto.

f) Ciudadanos extranjeros:

a) Asegurados o beneficiarios en un Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.

b) Asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.

Otros obligados al pago:

a) Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos en caso de que se haya suscrito contrato de seguro de accidentes o de responsabilidad civil que cubra las contingencias derivadas de estas actividades.

b) Seguro escolar.

c) Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o entidades correspondientes

4. MODALIDADES DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de la Salud establece que el **catálogo de prestaciones** del Sistema Nacional de Salud comprenderá las prestaciones de:

- PRESTACIONES DE SALUD PÚBLICA
- ATENCIÓN PRIMARIA.
- ATENCIÓN ESPECIALIZADA.
- ATENCIÓN DE URGENCIA
- PRESTACIÓN FARMACÉUTICA.
- PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA
- PRESTACIÓN DE PRODUCTOS DIETÉTICOS
- PRESTACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO

Por su parte, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema establece en sus Anexos I a VIII la **cartera de servicios comunes de cada una de las prestaciones citadas.** La prestación ortoprotésica se encuentra en la actualidad regulada en el Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, que regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica.

4.1 Prestaciones de Salud Pública

La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales.

Las prestaciones de salud pública se ejercerán con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

Para hacer efectiva esta prestación, la cartera de servicios de salud pública tiene una doble orientación:

a) Orientada al diseño e implantación de políticas de salud, que engloba las siguientes funciones de salud pública:

Valoración del estado de la salud de la población mediante el análisis de la información obtenida a través de los sistemas de información sanitaria y la vigilancia en salud pública;

Desarrollo de políticas de salud;

Seguimiento y evaluación de riesgos para la salud;

Verificación, control e intervención en salud pública en ejercicio de la autoridad sanitaria.

b) Orientada directamente al ciudadano:

Definición de programas para la protección de riesgos para la salud, promoción de la salud y prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones.

El ámbito de ejecución de estos programas será definido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las comunidades autónomas en función de sus competencias, modelos organizativos y recursos.

4.2 Atención Primaria

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Comprende:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo
- Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria
- Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud
- Rehabilitación básica.
- Atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- Atención paliativa a enfermos terminales.
- Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada
- .La atención a la salud buco-dental.

4.3 Atención Especializada

La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

Comprende:

- La asistencia especializada en consultas.
- La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- Hospitalización en régimen de internamiento que incluye la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica.
- Apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, hospitalización a domicilio
- Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Atención paliativa a enfermos terminales
- Atención a la salud mental
- Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable

La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

4.4 Atención de Urgencia

La atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales

La cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia comprende:

- La atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias

- La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen.

- La realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria.

- La monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera.

- El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes

-.La información y asesoramiento a los pacientes, o, en su caso, acompañantes

- Una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario,

- La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad.

4.5 Prestaciones Farmacéuticas

(Son objeto del epígrafe 7 de este Tema)

4.6 Prestación Ortoprotésica

Consiste en la utilización de productos sanitarios, implantables o no, cuya finalidad es sustituir total o parcialmente una estructura corporal, modificar, corregir o facilitar su función. Comprenderá los elementos precisos para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente.

Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias competentes.

Constituyen subgrupos de aportación reducida las prótesis externas, las sillas de ruedas, las órtesis y las ortoprótesis especiales y la renovación de los componentes externos de implantes quirúrgicos.

Con carácter general, la cartera suplementaria de prestación ortoprotésica está sujeta a aportación del usuario, con un esquema similar al de la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo el precio de Oferta del producto. El porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación.

4.7 Prestación de Productos Dietéticos

Comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan.

4.8 Prestación de Transporte Sanitario

Esta prestación, que deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte, facilitándose de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las administraciones sanitarias competentes.

Si el transporte sanitario es urgente, será cubierto de forma completa con financiación pública.

Si no es urgente, estará sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas, y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

La cartera de servicios comunes de transporte sanitario incluye el transporte sanitario no asistido, que es el indicado para el traslado especial de enfermos o accidentados que no requieren asistencia técnico sanitaria en ruta, y el transporte sanitario asistido, para el traslado de enfermos o accidentados que requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta.

5. LA PROTECCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES

La extensión y el alcance de la asistencia sanitaria a la que tiene derecho un asegurado del Sistema Público de Salud **no varían en función de la contingencia que la origina**. Modificación introducida por el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se desarrolla la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, (deroga el artículo 11 del Decreto 2766/1967, que regulaba, entre otros temas, el contenido de la asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional).

Estas prestaciones estarán cubiertas sólo en la medida que estén incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, en la complementaria de la Comunidad Autónoma competente, teniendo la misma cobertura que la derivada de contingencias comunes.

Por último, cabe señalar que los beneficiarios de la asistencia sanitaria derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional tendrán derecho a ser resarcidos por la entidad gestora o mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social que cubra dichas contingencias del coste de los traslados necesarios para recibir atención sanitaria en medios ordinarios de transporte, incluido el taxi cuando su utilización sea prescrita por el correspondiente facultativo por ser exigida por razones médicas o autorizada por la correspondiente entidad gestora o colaboradora cuando venga motivada por la inexistencia de otro medio de transporte, en los términos y condiciones y con el alcance que se establezcan en las instrucciones que a dicho fin sean dictadas.(Orden TIN 971/2009, de 16 de abril)

6. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad

Esta prestación se rige por lo dispuesto en el Real Decreto-Ley 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, por el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se establece la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud y demás disposiciones aplicables.

El Real Decreto-Ley 1/2015 regula, en el ámbito de las competencias que corresponden al Estado, los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación clínica, su evaluación, autorización, registro, fabricación, elaboración, control de calidad, almacenamiento, distribución, circulación, trazabilidad, comercialización, información y publicidad, importación y exportación, prescripción y dispensación, seguimiento de la relación beneficio-riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para, en su caso, la financiación con fondos públicos. La regulación también se extiende a las sustancias, excipientes y materiales utilizados para su fabricación, preparación o envasado.

Además regula la actuación de las personas físicas o jurídicas en cuanto intervienen en la circulación industrial o comercial y en la prescripción o dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.

Por su parte, el Real Decreto 83/1993 establece que se encuentran excluidos de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social los cosméticos o productos de utilización cosmética, dietéticos y productos de régimen, aguas minerales, elixires bucodentales, dentífricos, artículos de confitería medicamentosa y jabones medicinales.

Asimismo, están excluidas de la financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad las siguientes especialidades farmacéuticas:

a) Las especialidades farmacéuticas calificadas como publicitarias.

b) Las especialidades farmacéuticas autorizadas como suplementos alimenticios, anabolizantes o productos anti-obesidad, adscritas a ciertos grupos o subgrupos terapéuticos

c) Las especialidades farmacéuticas cuya finalidad terapéutica sea la de higiene o para síntomas o síndromes dermatológicos, adscritas a ciertos grupos o subgrupos terapéuticos.

d) Las especialidades farmacéuticas destinadas a síntomas menores, que estén adscritas a ciertos grupos o subgrupos terapéuticos.

Para información general, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicará la relación de especialidades farmacéuticas que pueden ser financiadas con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad. Dicha información será actualizada, al menos, una vez al año.

7. PARTICIPACIÓN DEL BENEFICIARIO EN EL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, añadió un nuevo artículo (94 bis) a la Ley 29/2006 (derogada), por el que se regula la **aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.** En la actualidad esta materia se encuentra regulada en el **artículo 102 del Real Decreto-Ley 1/2015, de 24 de julio**, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en los siguientes términos:

Aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.

1. Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria, a través de oficinas o servicios de farmacia.

2. Solo la prestación farmacéutica ambulatoria que se dispense por medio de receta médica oficial u orden de dispensación a través de oficinas de farmacia estará sujeta a aportación del usuario.

3. La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.

4. La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

5. Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a) Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c) Un 40 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

6. Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación en los siguientes supuestos:

a) Un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC (Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química de la OMS) de aportación reducida, con una aportación máxima de 4,24 euros.

b) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 18.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que no estén incluidos en los siguientes apartados c) o d), hasta un límite máximo de aportación mensual de 8,23 euros.

c) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18,52 euros.

d) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionista de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 61,75 euros.

7. El importe de las aportaciones que excedan de las cuantías mencionadas en el apartado anterior será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

8. Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

b) Personas perceptoras de rentas de integración social.

c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.

d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

9. El nivel de aportación de las personas encuadradas en la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 % con carácter general, resultándoles de aplicación lo dispuesto en el párrafo a) del apartado 6 y en el párrafo e) del apartado 8.

Hay que reseñar que el Real Decreto-Ley 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece que la financiación pública de los medicamentos está sometida al **sistema de precios de referencia**, siendo precio de referencia la cuantía máxima con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, cuando se prescriban y dispensen con cargo a fondos públicos, y siendo conjunto la totalidad de las presentaciones de medicamentos financiadas que tengan el mismo principio activo e

idéntica vía de administración, entre las que existirá al menos una presentación de medicamento genérico o biosimilar.

El precio de referencia de cada conjunto se calculará en base al coste/tratamiento/día menor de las presentaciones de medicamentos en él agrupadas y, en todo caso, deberá garantizarse el abastecimiento a las oficinas de farmacia para los medicamentos de precio menor. Los medicamentos no podrán superar el precio de referencia del conjunto al que pertenezcan.

RESUMEN DEL TEMA 73

1. La asistencia sanitaria en el sistema español de Seguridad Social. Concepto:

Recogida en el Artículo 98 LGSS de 1974. De forma textual se define como: "La asistencia sanitaria del Régimen General de la Seguridad Social tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios, así como su aptitud para el trabajo. Proporcionará también los servicios convenientes para completar las prestaciones médicas y farmacéuticas y, de un modo especial, atenderá a la rehabilitación física precisa para la recuperación profesional de los trabajadores".

Derecho a la asistencia sanitaria (artículo 3 Ley 16/2003 y artículos 2 y 3 RD 1192/2012)

- Asegurados

- Trabajadores, por cuenta ajena o propia, afiliados y en alta o situación asimilada al alta
- Pensionistas y perceptores de cualquier prestación periódica de la Seguridad Social; personas que hayan agotado la prestación o subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza, en situación de desempleo, que no tengan la condición de asegurado por otro título y residan en España.
- Si no se cumplen las situaciones anteriores, los españoles, personas de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros con residencia legal, siempre que no acrediten ingresos anuales superiores a 100.000 euros.

- Beneficiarios

- Siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente y de asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

- Colectivos especiales

Cumpliendo ciertos requisitos también tienen derecho a asistencia sanitaria los discapacitados, los españoles retornados y otros colectivos.

-Convenio especial de prestación de asistencia sanitaria.

Podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial aquellas personas que, no teniendo la condición de aseguradas o beneficiarias, no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier otro título.

-Dinámica del derecho:

Reconocimiento

El reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina. El derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes.

Extinción

La condición de asegurado se extingue cuando se pierdan las condiciones requeridas para serlo o por fallecimiento.
La condición de beneficiario se extingue cuando se pierdan las condiciones requeridas para serlo, por pasar a tener la condición de asegurado o por fallecimiento.

- Obligaciones de los beneficiarios (artículo 102 LGSS de 1974)

- Observar las prescripciones de los facultativos que les asisten.
- Utilizar los servicios médicos de la Seguridad Social que les hayan sido asignados, ya que en caso contrario las entidades obligadas a prestar la asistencia sanitaria no abonarán los gastos que puedan ocasionarse.

Excepción**:** El beneficiario tiene derecho al reembolso de los gastos en los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud y siempre que se compruebe que no pudieron utilizarse los servicios médicos de la Seguridad Social que tuviera asignados.

-Libre elección de médico

El trabajador podrá elegir al médico general y pediatra de familia que le interese, dentro del mismo Área de Salud o dentro de su localidad, siempre que ésta supere los 250.000 habitantes y el médico elegido no tenga cubierto el cupo de pacientes asignados.

También podrá elegir médico especialista en determinadas especialidades teniendo en cuenta el número de personas asignadas por el Servicio Público de Salud correspondiente a cada especialista.

2. Riesgo protegido: enfermedad, maternidad y accidente

Definiciones de los riesgos en el TRLGSS.

Accidente de trabajo: Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que realice por cuenta ajena. También se considera accidente de trabajo el ocurrido al ir o volver del lugar de trabajo.

Accidente no laboral: Se considerará accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el apartado anterior, no tenga el carácter de accidente de trabajo.

Enfermedad profesional: Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo del TRLGSS, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

Enfermedad común: Se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en el TRLGSS.

3. <u>Prestaciones incluidas y excluidas</u> (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre).

Se consideran <u>prestaciones de atención sanitaria</u> del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece el catálogo de prestaciones del Sistema, que tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención.

Por su parte, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema y el procedimiento para su actualización. Se entiende por servicios comunes el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias

El Real Decreto recoge en sus Anexos I al VIII el contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de la Salud.

La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articulará en torno a las siguientes modalidades:

a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

b) Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud. Incluye la prestación farmacéutica, ortoprotésica y con productos dietéticos.

c) Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud

Las CCAA, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios complementarias, que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del SNS, en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.

En cambio, el citado Real Decreto establece que no se incluirán en la cartera de servicios comunes ciertas técnicas, tecnologías o procedimientos que no estén suficientemente probados, que no guarden relación con la enfermedad o que tengan como finalidad actividades de ocio, mejora estética, etc., ni los exámenes o pruebas biológicas solicitadas voluntariamente.

4. Modalidades de las prestaciones sanitarias

A) Prestación de salud pública

B) Atención primaria

C) Atención especializada

D) Prestación de atención de urgencia

E) Prestación farmacéutica

F) Prestación ortoprotésica

G) Prestación de productos dietéticos

H) Prestación de transporte sanitario

5. La protección de los riesgos profesionales

La extensión y el alcance de la asistencia sanitaria a la que tiene derecho un asegurado del Sistema Público de Salud **no varían en función de la contingencia que la origina**. Estas prestaciones estarán cubiertas sólo en la medida que estén incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, en la complementaria de la Comunidad Autónoma competente, teniendo la misma cobertura que la derivada de contingencias comunes.

6. La prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

7. Participación del usuario en el coste de los medicamentos

La prestación farmacéutica ambulatoria es la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria a través de oficinas o servicios de farmacia y está sujeta a aportación del usuario, en función de su nivel de renta.

Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario será de:

a) Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros.

b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus

beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros.

c) Un 40% del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación en determinados supuestos.

Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías: Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad; perceptores de rentas de integración social o de pensiones no contributivas; parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo; tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.